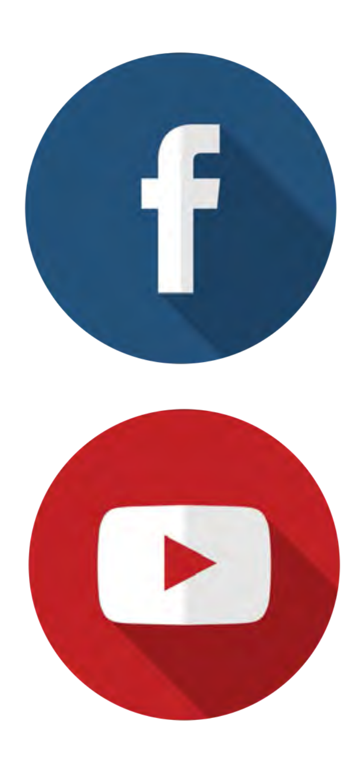
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







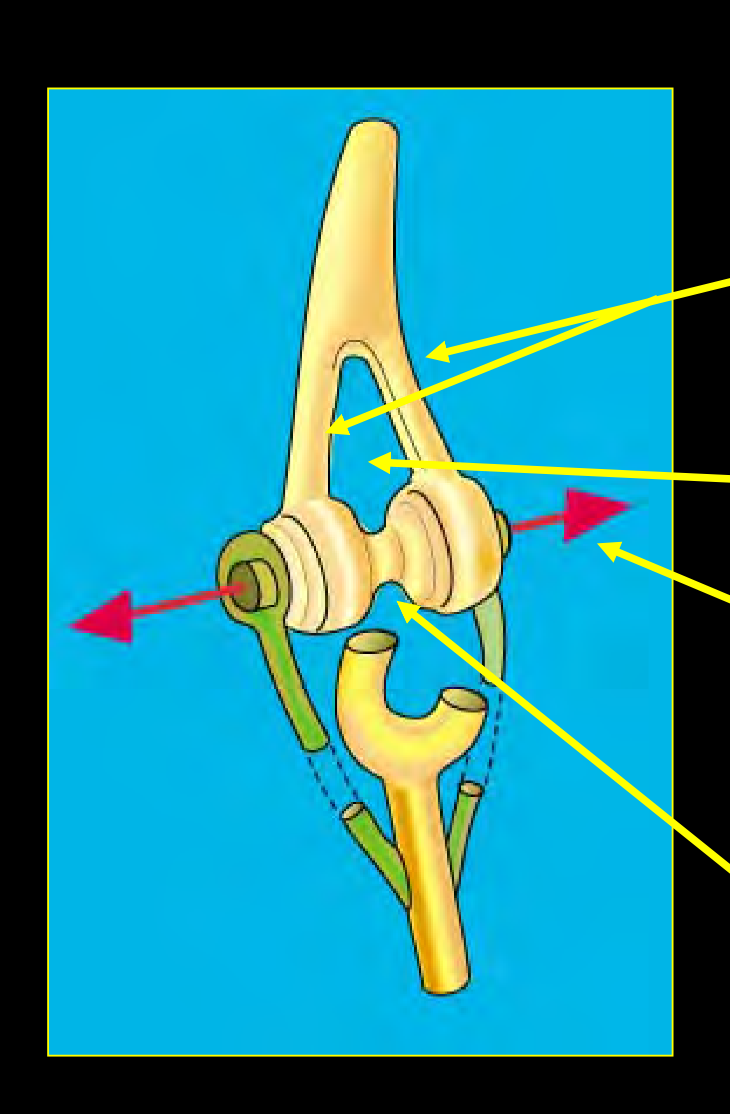
TRAUMATISMES DU COUDE



A.BENAMIROUCHE

cours externes 5eme année 2017

Palette Humérale
Fourche de Bicyclette



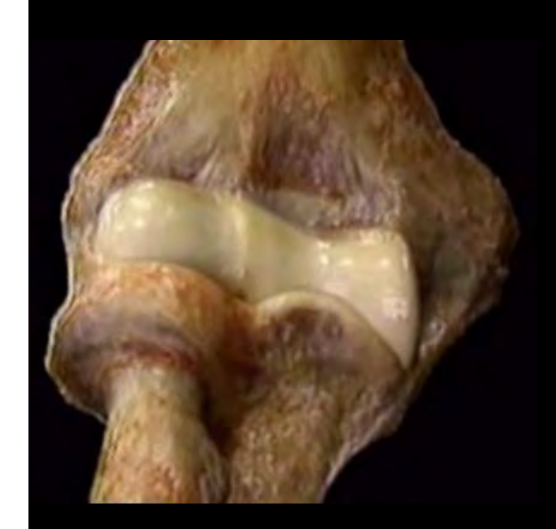
Deux Piliers Latéraux

Evidement central

Axe Transversal

Supportant la trochlée
En forme de POULIE

Articulations : huméro-ulnaire et radio-ulnaire (flexion extension)



Coude droit

Condyle { Médial / Latéral

Crête supra-condylaire latérale

Fosse radiale

Épicondyle latéral

Capitulum

Tête

Col

Tubérosité

Radius

Humérus

Crête supracondylaire médiale

Fosse coronoïde

Épicondyle médial

Trochlée

Processus coronoïde

Incisure radiale de l'ulna

Tubérosité

Ulna

En extension : vue antérieure

Humérus

Fosse olécrânienne

Épicondyle latéral

Olécrâne

Tête

Col

Tubérosité

Radius

Sillon du nerf ulnaire

Ulna

En extension : vue postérieure

© Novartis

radio-ulnaire proximale (pronosupination)

Articulations : huméro-ulnaire et radio-ulnaire (flexion extension)



Humérus
Épicondyle latéral
Capitulum
Tête
Col
Tubérosité
Radius
Ulna
Incisure radiale
Processus coronoïde
Incisure trochléaire
Olécrâne
de l'ulna
En flexion de 90° : vue latérale

Humérus
Épicondyle médial
Capitulum
Trochlée
Tête
Col
Tubérosité
Tubérosité
Processus coronoïde
Incisure trochléaire
Olécrâne
En flexion de 90° : vue médiale

radio-ulnaire proximale (pronosupination)

ANATOMIE : élements de stabilité

Stabilité statique :

1. **Congruence osseuse:**
   - Ulno-huméral +++
   - Huméro-radial

2.Système ligamentaire:

- Médial
- Latéral

3.Capsule articulaire: Antér





Dynamique :

Muscles périphériques.

Éléments de stabilité actifs



Anatomie pathologique

les lésions

l'extrémité inférieure de l'humérus

la tête radiale et olécrane



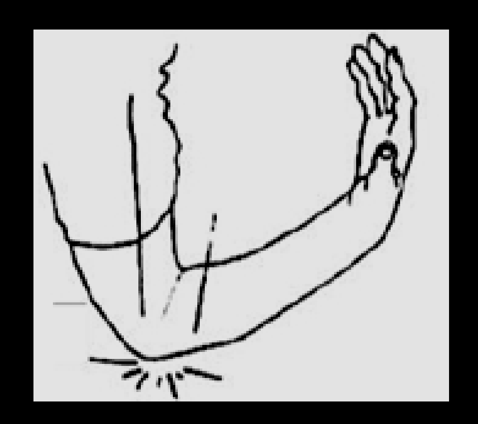
luxations, isolées ou associés
à certaines des fractures précédentes



Mécanismes

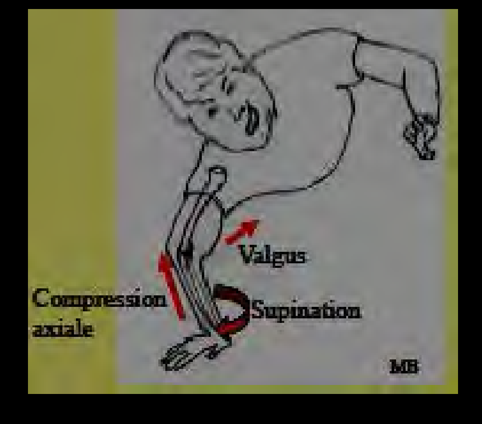
Traumatisme direct

contusion au niveau du point d'impact
ouverture cutanée.



Traumatisme indirect

chute sur la paume de la main



Ils résultent en fait d'un choc indirect sur un coude en extension+++

Examen clinique

le blessé se présente dans l'attitude de DESSAULT.

- déformation, évoquant la luxation : saillie postérieure de l'olécrane

- coude augmenté de volume,

déformé doit faire évoquer une fracture.

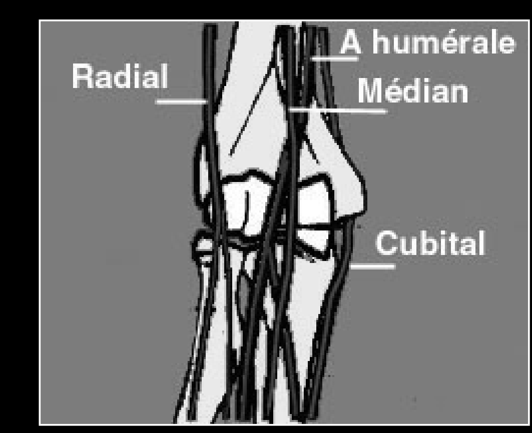
- D'autres fois enfin, le coude n'est pas déformé, ce qui n'élimine pas une fracture.

Examen clinique

- rechercher complications vasculo nerveuses

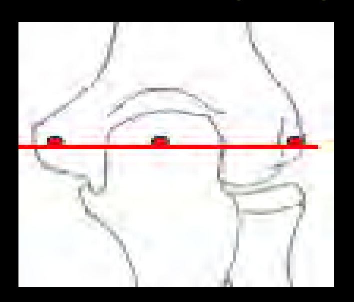
- Il faut examiner les 3 nerfs : ulnaire, médian et radial .

- Les pouls distaux sont palpés.



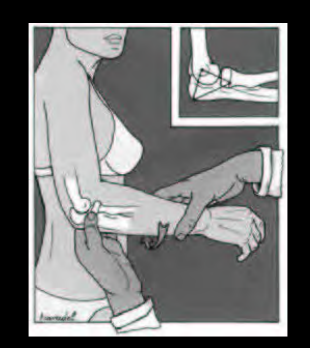
Examen clinique

- La palpation : douleur exquise au niveau des points osseux(l'épicondyle médial , l'épicondyle latéral et l'apophyse olécranienne.



Coude en extension Ligne de Malgaigne, ou Ligne de Hunter

Coude à 90° de flexion Triangle de Nélaton





- La tête radiale est palpée

- Le testing des mobilités peut être douloureux inutilement

Luxations du coude

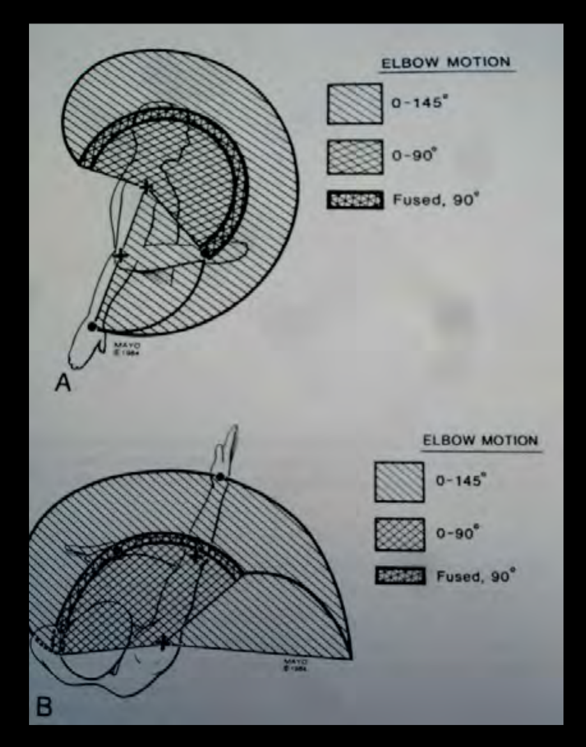
- 10 à 25% des lésions traumatique du coude
- la plus fréquente après celle de l'épaule
- luxation complexe luxation simple
- Diagnostic aisé **(clinique- Rx)**
- Les séquelles, raideur
- Réduction systématique en urgence.

Luxations du coude

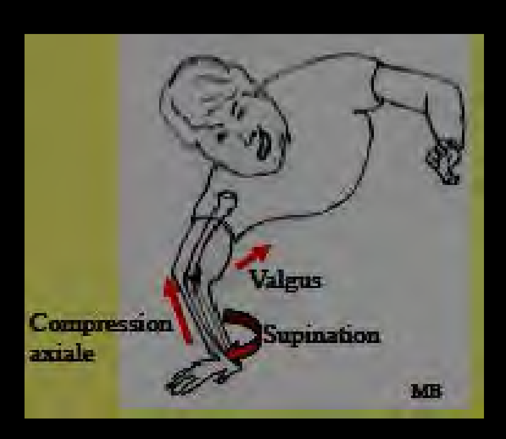
- Impératifs de **Mobilité** et de **Stabilité** articulaire

- Les luxations sont très souvent associés à des lésions osseuses et ligamentaires qui conditionnent l'évolution vers l'arthrose ou l'instabilité chronique

(luxation complexe)



Mécanisme 1

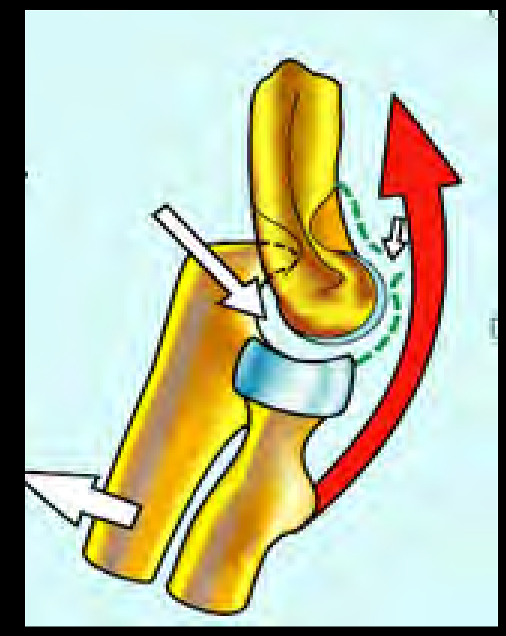


- Chute sur la main membre en rétro pulsion, coude proche de l'extension, contrainte en valgus

- Déchirure des structures antérieures puis distension du LCM

- Levier exercé par l'olécrane butant dans la fosse olécranienne

- Luxation postérieure +/- composante frontale (latérale ou médiale): luxations postéro-latérale et postéro-médiale



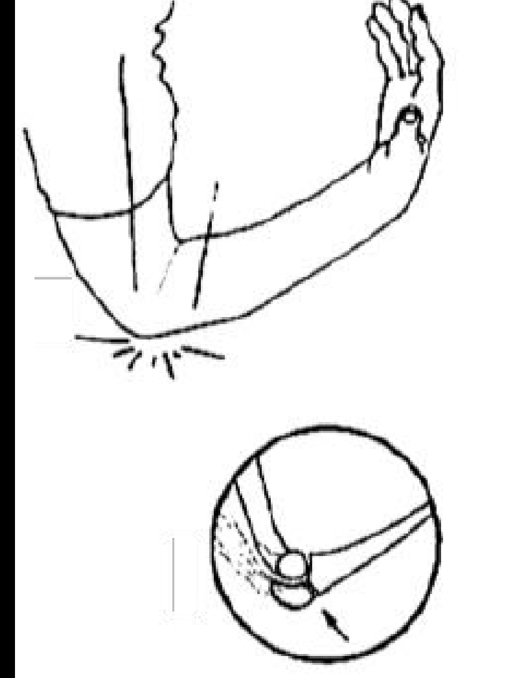
Mécanisme 2

chute sur la face postérieure de l'avant bras coude fléchi

Fracture plus ou moins complexe

de l'extrémité

Luxation antérieure « trans-olécranienne »



Examen clinique

Luxations convergentes : 2 os A/B gardent des rapports normaux

- Luxations postérieures 90%
  - Postéro-latérale (fréquente)
  - Postéro-médiale (rare)



- Luxations antérieures + fracture de l'Ulna
- Luxations latérales et Médiales

Luxations divergentes: 2 os de l'avant bras



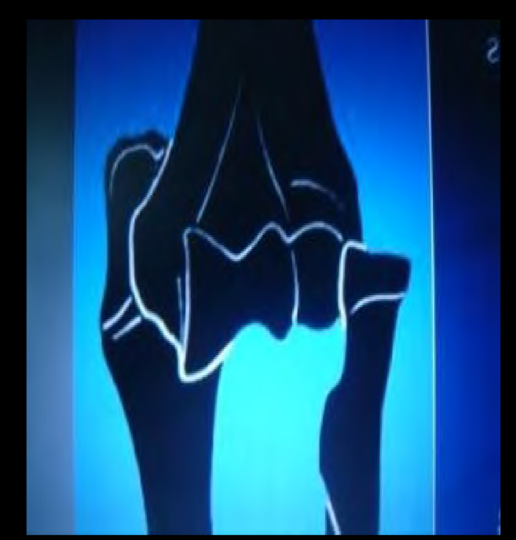
déplacés











Lésions associées

- Apophyse coronoïde
- Épicondyle
- Épitrochlée
- Tête radiale











Attitude des traumatisés du membre supérieur

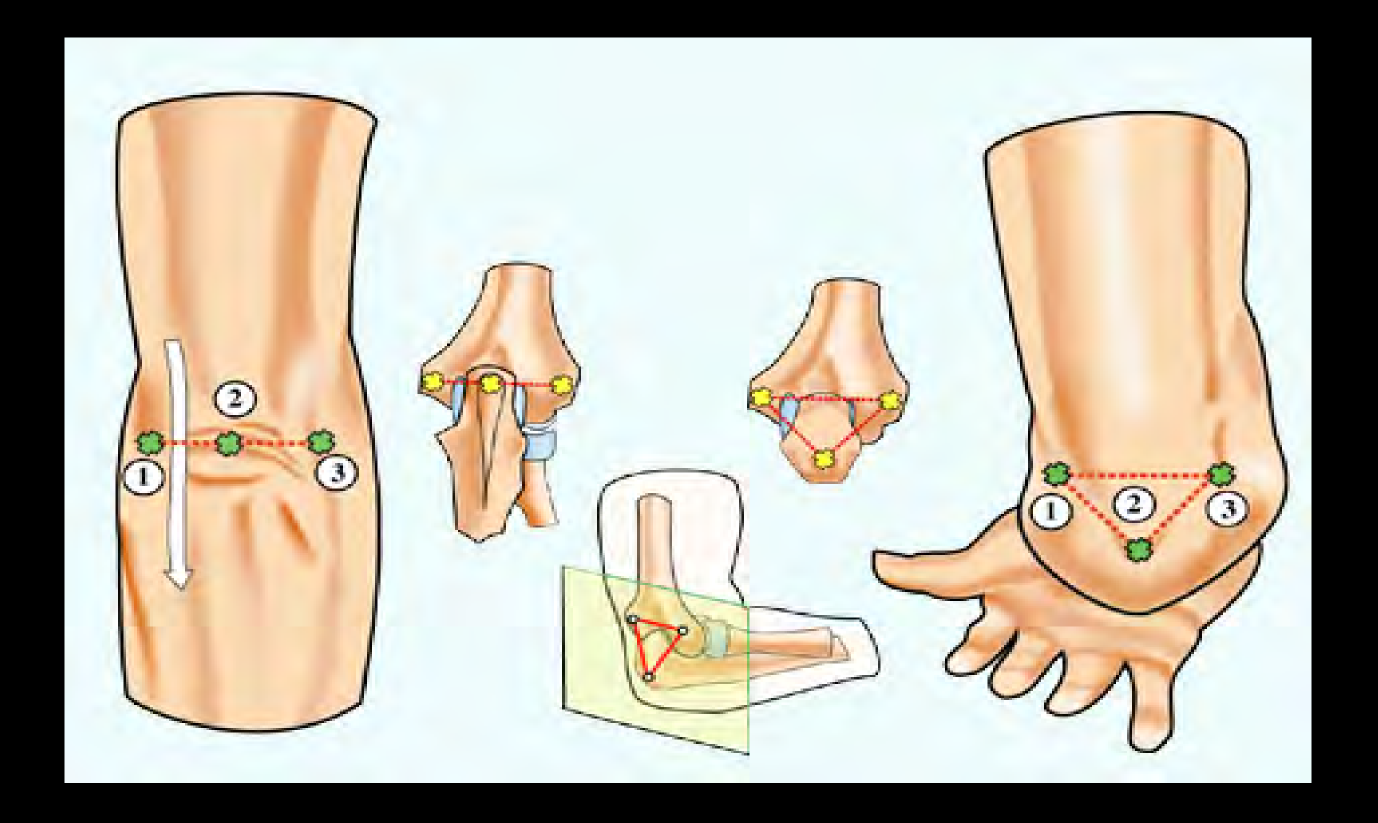
Impotence fonctionnelle totale



Inspection : - Raccourcissement du segment antébrachial

- Saillie postérieure de l'olécrane
- Saillie antérieure de l'extrémité distale de l'humérus

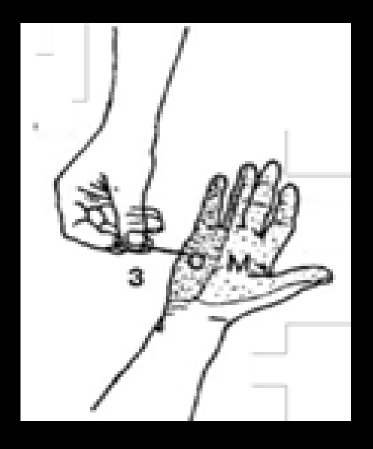
Mécanisme 1



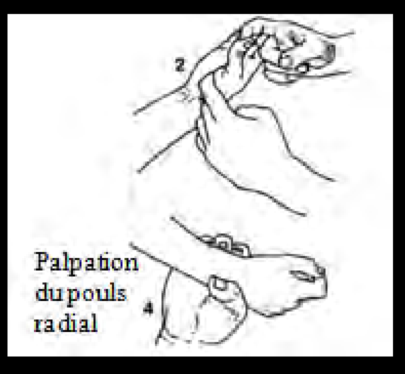
Perte des repères anatomique du coude

Examen clinique

- Ouverture cutanée (exceptionnelle)
- Lésions vasculaires (étirement , compression ou rupture de l'artère brachiale) : disparition des pouls périphériques
- Lésions nerveuses : nerf Ulnaire , nerf Médian









RADIOGRAPHIES

2 incidences orthogonales de face et de profil
(clichés comparatifs au besoin chez l'enfant)





Type de la luxation
Lésion(s) associée(s) parfois difficiles à visualiser:
tête radiale, processus coronoïde , épicondyle médial

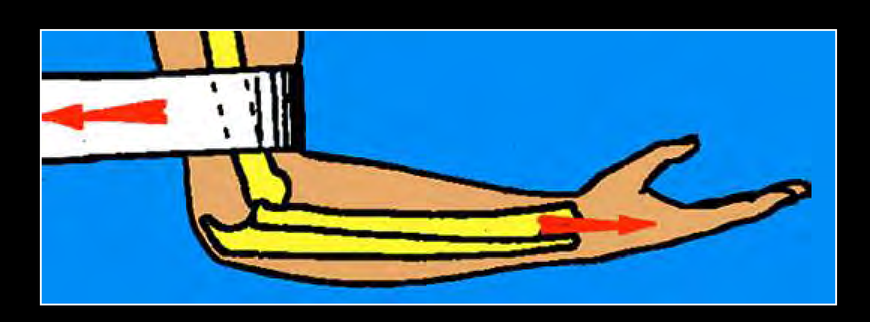
TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE EN URGENCE

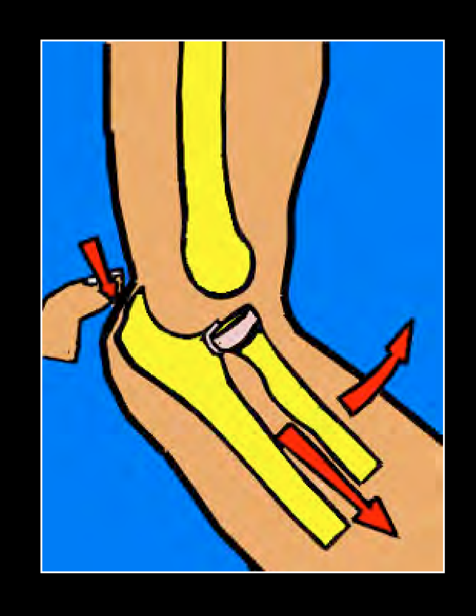
Réduction sous A-G en urgence:

Traction sur l'avant-bras en flexion du coude

contre-extension sur le bras

± pression sur l'olécrâne





Gouttière plâtrée en flexion : 15 Jours

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE EN URGENCE

- Évaluation de la stabilité après réduction

  -Mobilisation tout le long de l'arc de flexion-extension,

  -Mobilisation en varus et Valgus en pronation +++

- Radiographies de contrôle avant toute immobilisation

(absence d' incarcération de fragment osseux dans l'articulation

Prise en charge post-réduction

Immobilisation : attelle postérieure 60° à 90°
en fonction de la stabilité primaire

Coude stable de 0° à 140° = Immobilisation courte.

Coude instable avant 45°à 60° d'extension
- Réparation ligamentaire en urgence.





